

ДИНАМИКА ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ ПРОТЕОЛИТИЧЕСКИХ ФЕРМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

*Богданович А.В., Али Абдулазис Ахмед, Шиленок В.Н.,
Кирпиченко Л.Н.*

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Известно, что послеоперационная летальность при кишечной непроходимости является высокой и достигает по данным ряда авторов 20% (Петров В.И., Ерюхин И.А., 1989). Одним из важных методов современного лечения больных кишечной непроходимостью является интубация тонкой кишки. Задачами интубации являются декомпрессия тонкой кишки, эвакуация ее токсического содержимого, введение питательных веществ в просвет кишки. Среди применяемых в хирургии интраоперационных способов дренирования тонкой кишки предпочтение отдается закрытому способу — назогастроинтестинальной интубации (НГИИ). Длительность пребывания зонда зависит от восстановления моторной функции кишечника и характера отделяемого кишечного содержимого. Однако до настоящего времени не разработаны четкие объективные показания для завершения НГИИ и своевременного начала энтерального питания.

Целью работы было изучение динамики изменений протеолитических процессов в тонкокишечном содержимом у больных кишечной непроходимостью в раннем послеоперационном периоде.

Проведен анализ применения НГИИ у 19 больных. Средний возраст пациентов составил $44,4 \pm 4,35$ года. В изучаемой группе больных было 13 мужчин и 6 женщин. 15-ти больным была выполнена операция рассечение спаек + НГИИ, 4-м больным выполнена операция рассечение спаек + НГИИ + резекция участка тонкой кишки. Использовался одноканальный зонд, который во время операции проводили до илеоцекального угла. Во время операции и в послеоперационном периоде осуществлялась эвакуация кишечного содержимого и промывание тонкой кишки физиологическим раствором хлорида натрия. Зонд находился в кишечнике от 2 до 6 суток, удаляли его после восстановления перистальтики и появления стула. В раннем послеоперационном периоде изучалась динамика изменений общей протеолитической активности в содержимом

тонкой кишки. Все исследуемые больные выписались из стационара с выздоровлением.

Количество удаляемого тонкокишечного содержимого варьировало в достаточно широких пределах. За 1-е сутки выделялось 558 ± 170 мл, за 2-е сутки 589 ± 141 мл, за 3-и сутки 746 ± 192 мл, за 4-е сутки 546 ± 146 мл. На 3-и сутки получено наибольшее количество кишечного содержимого.

В первые сутки общая протеолитическая активность составила 1299 ± 287 ед. $\text{ч}^{-1} \cdot \text{л}^{-1}$, на 2-е сутки 807 ± 158 ед. $\text{ч}^{-1} \cdot \text{л}^{-1}$, на 3-и сутки 509 ± 131 ед. $\text{ч}^{-1} \cdot \text{л}^{-1}$, на 4-е сутки 174 ± 63 ед. $\text{ч}^{-1} \cdot \text{л}^{-1}$. По клиническим и лабораторным данным за этот период отмечалось улучшение состояния больных.

Выводы:

1. Количество удаляемого тонкокишечного содержимого не является определяющим фактором при решении вопроса об удалении зонда.

2. Протеолитическая активность в тонкокишечном содержимом у больных кишечной непроходимостью в раннем послеоперационном периоде за 4 суток снизилась с 1299 ± 287 ед. $\text{ч}^{-1} \cdot \text{л}^{-1}$ до 174 ± 63 ед. $\text{ч}^{-1} \cdot \text{л}^{-1}$.

3. Уменьшение протеолитической активности в тонкокишечном содержимом позволяет говорить о положительном эффекте назогастроинтестинальной интубации.

4. Определение протеолитической активности в тонкокишечном содержимом может являться критерием для завершения НГИИ и своевременного начала энтерального питания.